**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY   
do udziału w projekcie pt. AKADEMIA I**

|  |
| --- |
| **Zgłaszam chęć udziału w projekcie pt. AKADEMIA I** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OŚWIADCZENIA OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ SIĘ** | | |
| **Oświadczam, że moje dziecko/ podopieczny zamieszkuje na obszarze Lokalnej Strategii Rozwoju opracowanej dla Lokalnej Grupy Działania Pałuki-Wspólna Sprawa (teren powiatu żnińskiego)** | **TAK** | **NIE** |
| **Oświadczam, że moje dziecko/podopieczny nie uczestniczy w innych projektach realizowanych przez LGD Pałuki – Wspólna Sprawa w ramach naboru wniosków nr 1/2022/G** | **TAK** | **NIE** |
| **Oświadczam, że moje dziecko/podopieczny spełnia kryteria określone dla osoby zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym (proszę zaznaczyć wszystkie właściwe):** | **TAK** | **NIE** |
| **Proszę wskazać przesłankę zagrożenia ubóstwem lub wykluczenia społecznego (proszę zaznaczyć wszystkie właściwe):** | | |
| osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 *ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej****:***   1. ubóstwo; 2. sieroctwo; 3. bezdomność; 4. bezrobocie; 5. niepełnosprawność; 6. długotrwała lub ciężka choroba; 7. przemoc w rodzinie;   7a) potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi;   1. potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności; 2. bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych; 3. brak umiejętności w przystosowaniu do życia młodzieży opuszczającej całodobowe placówki opiekuńczo-wychowawcze; 4. trudność w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą; 5. trudność w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego; 6. alkoholizm lub narkomania; 7. zdarzenie losowe i sytuacja kryzysowej; 8. klęska żywiołowa lub ekologiczna.   osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym***:***   1. bezdomni realizujący indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej; 2. uzależnieni od alkoholu, po zakończeniu programu psychoterapii w zakładzie lecznictwa odwykowego; 3. uzależnieni od narkotyków lub innych środków odurzających, po zakończeniu programu terapeutycznego w zakładzie opieki zdrowotnej; 4. chorzy psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego; 5. długotrwale bezrobotni w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy; 6. zwalniani z zakładów karnych, mający trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej; 7. uchodźcy realizujący indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej; 8. osoby niepełnosprawne, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,   osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo – wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;  osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz.U. z 2014r. poz. 382, z późn. zm.);  osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2015r. poz. 2156, z późn. zm.);  osoby z niepełnosprawnością – osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu *Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020*;  członkowie gospodarstw domowych sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością;  osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;  osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;  osoby odbywające karę pozbawienia wolności;  osoby korzystające z PO PŻ.  ***Uwaga!*** *Do formularza załączam stosowny dokument (zaświadczenie, orzeczenie itp.) potwierdzający przesłankę wykluczenia (np. w przypadku osoby niepełnosprawnej orzeczenie o niepełnosprawności, w przypadku korzystania z pomocy społecznej zaświadczenie z OPS). Jedynie w przypadku braku możliwości potwierdzenia kwalifikowalności uczestnika na podstawie zaświadczenia dopuszcza się możliwość potwierdzenia na podstawie oświadczenia ujętego w formularzu zgłoszeniowym.* | | |
| **Pozostałe kryteria udziału w projekcie (proszę zaznaczyć wszystkie właściwe):** | | |
| osoba zamieszkująca obszar objęty Programem Rewitalizacji dla Gminy Żnin lub Gąsawa lub Rogowo  osoby NIEPEŁNOSPRAWNE | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE KONTAKTOWE UCZESTNIKA** | | | | | | |
| Imię (imiona) i nazwisko |  | | | | | |
| Pesel |  | Płeć | Kobieta Mężczyzna | | | |
| **ADRES ZAMIESZKANIA[[1]](#footnote-1)** | | | | | | |
| Ulica |  | | | | | |
| Numer domu |  | Numer lokalu |  | | | |
| Miejscowość |  | Kod pocztowy |  | | | |
| Telefon kontaktowy |  | Adres e-mail |  | | | |
|  | | | | | | |
| **Należy wypełnić w przypadku osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem przez pomoc społeczną, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy o pomocy społecznej** | | | | | | |
| Oświadczam, że jestem osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej:  1) ubóstwo;  2) sieroctwo;  3) bezdomność;  4) bezrobocie;  5) niepełnosprawność;  6) długotrwała lub ciężka choroba;  7) przemoc w rodzinie;  7a) potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi;  8) potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;  9) bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych;  10) brak umiejętności w przystosowaniu do życia młodzieży opuszczającej całodobowe placówki opiekuńczo-wychowawcze;  11) trudność w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą;  12) trudność w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego;  13) alkoholizm lub narkomania;  14) zdarzenie losowe i sytuacja kryzysowej;  15) klęska żywiołowa lub ekologiczna. | | | | **TAK** | **NIE** | **NIE DOTYCZY** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Należy wypełnić w przypadku osób o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym** | | | |
| Oświadczam, że jestem osobą o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym:  1) bezdomni realizujący indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej;  2) uzależnieni od alkoholu, po zakończeniu programu psychoterapii w zakładzie lecznictwa odwykowego;  3) uzależnieni od narkotyków lub innych środków odurzających, po zakończeniu programu terapeutycznego w zakładzie opieki zdrowotnej;  4) chorzy psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego;  5) długotrwale bezrobotni w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy;  6) zwalniani z zakładów karnych, mający trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej;  7) uchodźcy realizujący indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej;  8) osoby niepełnosprawne, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, | **TAK** | **NIE** | **NIE DOTYCZY** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Należy wypełnić w przypadku osób przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo – wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej** | | | |
| Oświadczam, że jestem osobą przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającą pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo – wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej. | **TAK** | **NIE** | **NIE DOTYCZY** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Należy wypełnić w przypadku osób nieletnich, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz.U. z 2014r. poz. 382, z późn. zm.)** | | | |
| Oświadczam, że jestem osobą , wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz.U. z 2014r. poz. 382, z późn. zm.). | **TAK** | **NIE** | **NIE DOTYCZY** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Należy wypełnić w przypadku osób przebywających w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2015r. poz. 2156, z późn. zm.)** | | | |
| Oświadczam, że jestem osobą przebywającą w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2015r. poz. 2156, z późn. zm.). | **TAK** | **NIE** | **NIE DOTYCZY** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Należy wypełnić w przypadku osoby z niepełnosprawnością, tj. osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020** | | | |
| Oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnością, tj. osobą z niepełnosprawnością w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020 lub uczniowie/dzieci z niepełnosprawnościami w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze edukacji na lata 2014-2020.  **Jednocześnie załączam odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia.** | **TAK** | **NIE** | **NIE DOTYCZY** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Należy wypełnić w przypadku rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością** | | | |
| Oświadczam, że jestem rodzicem z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością. | **TAK** | **NIE** | **NIE DOTYCZY** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Należy wypełnić w przypadku osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu** | | | |
| Oświadczam, że jestem osobą osoba, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego. | **TAK** | **NIE** | **NIE DOTYCZY** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Należy wypełnić w przypadku osób bezdomnych lub dotkniętych wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020** | | | |
| Oświadczam, że jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020. | **TAK** | **NIE** | **NIE DOTYCZY** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Należy wypełnić w przypadku osób odbywających karę pozbawienia wolności** | | | |
| Oświadczam, że jestem osobą odbywającą karę pozbawienia wolności | **TAK** | **NIE** | **NIE DOTYCZY** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Należy wypełnić w przypadku osób korzystających z PO PŻ** | | | |
| Oświadczam, że jestem osobą korzystającą z PO PŻ | **TAK** | **NIE** | **NIE DOTYCZY** |

**Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.**

………………………………….. ...............…………………………………………

Miejscowość i data Podpis rodzica/opiekuna prawnego

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka ………………………………………. w projekcie : …………………………………

………………………………….. ...............…………………………………………

Miejscowość i data Podpis rodzica/opiekuna prawnego

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 Miejscem zamieszkania osoby fizycznej zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964r. – kodeks cywilny (Dz. Ust. Nr 16, poz. 93. z późn. zm. ) jest miejscowością, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.

1. Miejscem zamieszkania osoby fizycznej zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – kodeks cywilny (Dz. Ust. Nr 16, poz. 93. z późn. zm.) jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu. [↑](#footnote-ref-1)